

様式 39-内払

事業主 経由
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

出産育児一時金 内払金 支給請求書

該当者 いずれかに○印		本人
	○	家族

記号	番号						会社名			所属				
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	電話番号 000-123-1234				
被 保 者	希望送金先 (退職者のみ)		銀行名	ゆうちょ銀行不可			銀行コード					預金種別		
			支店名	退職の方…記入して下さい 任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要							普通 当座 貯蓄			
			口座名義	カタカナで記入			口座番号							
入 欄	出産者氏名 (生年月日)		健保 花子 (昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生)			被保険者と 出産者との続柄								
	出生児氏名		健保 〇〇子											
	出産医療機関等 の名称		〇〇〇病院											
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日														
〒123-1234														
被保険者住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇-〇〇														
被保険者氏名 健保 一郎 電話番号 012-123-1234														
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。														
備考欄														

◎申請には医療機関から交付される次の書類(コピー可)の添付が必要です。
・直接支払を利用していることの合意文書 ・出産費用についての明細書

記号・番号で申請の方は
記入の必要はありません。

健保 記入 欄	出産者・資格取得年月日			出産者・資格喪失年月日			健保受付印	
	年	月	日	年	月	日		
備考							支払先	
							1. 個人 2. 任継 (上記以外は事業主)	